

## CCTP Items in Spanish

### H-CAHPS

**15. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron algún medicamento que no hubiera tomado antes?**

1   Sí

2   No → Si contestó "No", pase a la pregunta 18

**16. Antes de darle algún medicamento nuevo, ¿con qué frecuencia le dijo el personal del hospital para qué era el medicamento?**

1   Nunca

2   A veces

3   La mayoría de las veces

4   Siempre

**17. Antes de darle algún medicamento nuevo, ¿con qué frecuencia le describió el personal del hospital los efectos secundarios posibles en una forma que pudiera entender?**

1   Nunca

2   A veces

3   La mayoría de las veces

4   Siempre

**19. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿hablaron los doctores, enfermeras u otro personal del hospital con usted sobre si tendría la ayuda que necesitaba cuando se fuera del hospital?**

1   Sí

2   No

**20. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron información por escrito sobre los síntomas o problemas de salud a los que debía poner atención cuando se fuera del hospital?**

1   Sí

2   No

**CTM-3**

1. Al salir del hospital, el personal del mismo tomó en cuenta mis preferencias y las de mi familia o personas que me cuidan al decidir **cuales** son mis necesidades de cuidado médico.

<b>Estoy en completo desacuerdo</b>	<b>Estoy en desacuerdo</b>	<b>Estoy de acuerdo</b>	<b>Estoy en completo acuerdo</b>	<b>No sé/ No recuerdo/ No corresponde</b>
-------------------------------------	----------------------------	-------------------------	----------------------------------	---

2. Al salir del hospital, tuve un buen entendimiento de las cosas de las que yo tenía que tomar responsabilidad para el control de mi salud.

<b>Estoy en completo desacuerdo</b>	<b>Estoy en desacuerdo</b>	<b>Estoy de acuerdo</b>	<b>Estoy en completo acuerdo</b>	<b>No sé/ No recuerdo/ No corresponde</b>
-------------------------------------	----------------------------	-------------------------	----------------------------------	---

3. Al salir del hospital, entendí claramente **porque** debo tomar cada una de mis medicinas.

<b>Estoy en completo desacuerdo</b>	<b>Estoy en desacuerdo</b>	<b>Estoy de acuerdo</b>	<b>Estoy en completo acuerdo</b>	<b>No sé/ No recuerdo/ No corresponde</b>
-------------------------------------	----------------------------	-------------------------	----------------------------------	---

## PAM-13

A continuación encontrará algunos enunciados que las personas hacen algunas veces cuando hablan sobre su salud. Indique qué tanto está de acuerdo o en desacuerdo con cada enunciado según se relacione con usted personalmente. **No hay respuestas correctas o incorrectas, solamente indique lo que aplique a su caso y a su propia situación personal.** Si el enunciado no aplica en su caso, marque No corresponde.

P1. Al fin y al cabo, yo soy la persona responsable de controlar mi salud.	Estoy en total desacuerdo	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy por completo de acuerdo	No corresponde
P2. Participar activamente en el cuidado de mi propia salud es el factor más importante que afecta mi salud.	Estoy en total desacuerdo	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy por completo de acuerdo	No corresponde
P3. Tengo la confianza de que puedo ayudar a prevenir o reducir los problemas relacionados con mi salud.	Estoy en total desacuerdo	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy por completo de acuerdo	No corresponde
P4. Sé cuál es la función de cada una de las medicinas que me recetaron.	Estoy en total desacuerdo	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy por completo de acuerdo	No corresponde
P5. Tengo la confianza de que puedo saber cuándo necesito ver al médico o cuando puedo manejar yo mismo un problema de salud.	Estoy en total desacuerdo	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy por completo de acuerdo	No corresponde
P6. Sé que le puedo decir al médico(a) mis inquietudes, inclusive si él o ella no me pregunta.	Estoy en total desacuerdo	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy por completo de acuerdo	No corresponde
P7. Tengo la confianza de que puedo cumplir con los tratamientos médicos que tenga que hacer en casa.	Estoy en total desacuerdo	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy por completo de acuerdo	No corresponde
P8. Entiendo mis problemas de salud y lo que los causa.	Estoy en total desacuerdo	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy por completo de acuerdo	No corresponde
P9. Conozco las diferentes opciones de tratamiento para mi condición médica	Estoy en total desacuerdo	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy por completo de acuerdo	No corresponde
P10. He podido mantener (ir al ritmo de) los cambios de estilo de vida que he tenido, como comer saludablemente o hacer ejercicio.	Estoy en total desacuerdo	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy por completo de acuerdo	No corresponde
P11. Sé cómo prevenir que mi condición médica se complique.	Estoy en total desacuerdo	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy por completo de acuerdo	No corresponde
P12. Tengo la confianza de que hallaré soluciones cuando surjan nuevas situaciones o problemas con mi salud.	Estoy en total desacuerdo	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy por completo de acuerdo	No corresponde

---

P13. Tengo la confianza en que puedo mantener los cambios de estilo de vida, como comer bien y hacer ejercicio, aún durante tiempos de estrés.	Estoy en total desacuerdo	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy por completo de acuerdo	No corresponde
--	---------------------------	---------------------	------------------	-------------------------------	----------------

---

© 2008 Insignia Health. De propiedad exclusiva y confidencial.